

SUR UN CAS DE TUMEUR DU DUODÉNUM
DÉVELOPPÉE AUX DÉPENS
DES ÉLÉMENTS NEURO-MUSCULAIRES
DE LA MUSCULAIRE MUQUEUSE (LÉIO-SHWANNOME)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile MOULIN

né à SAINT-BASILE (Ardèche) le 18 Février 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

SUR UN CAS DE LÉIO-SHWANNOME DU DUODÉNUM

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 87

SUR UN CAS DE TUMEUR DU DUODÉNUM
DÉVELOPPÉE AUX DÉPENS
DES ÉLÉMENTS NEURO-MUSCULAIRES
DE LA MUSCULAIRE MUQUEUSE (LÉIO-SHWANNOME)



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile MOULIN

né à SAINT-BASILE (Ardèche) le 18 Février 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
	ROQUE.
Cliniques chirurgicales	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	X.
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique	PAVLOT.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Chirurgie opératoire.....	PATEL
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	PIC.
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, président ; BÉRARD, assesseur ;
SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de ma
profonde affection et de ma grande
reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE GEORGES

A MON COUSIN LE DOCTEUR E. CHARRA,
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous donna toujours d'uti-
les conseils, et ne nous épargna
jamais son appui.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD,
Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique gynécologique

C'est dans son service, qu'il nous ouvrit largement, que nous apprîmes les premières notions précises de médecine.

Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse; qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. MULLER,
Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Pendant les quelques mois passés dans son service, nous avons apprécié son enseignement clair, précis et pratique.

Il nous a donné le sujet de cette thèse et nous a largement aidé dans la rédaction de celle-ci.

Nous lui adressons, avec nos remerciements, l'expression de notre gratitude.

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

SUR UN CAS DE LÉIO-SHWANNOME DU DUODÉNUM

Introduction

Nous avons choisi, sur les conseils du Docteur Muller, cette observation de tumeur nerveuse du duodénum, non seulement à cause de la rareté du cas (nous n'avons, en effet, trouvé dans la littérature médicale, aucun autre cas de tumeur de ce genre signalé au niveau du duodénum), mais encore et surtout parce que l'étude de cette tumeur, rapprochée de celle des tumeurs semblables décrites au niveau de l'estomac, nous permettra d'établir certains points intéressants, tant au point de vue diagnostic macroscopique de ces tumeurs qu'au point de vue de leur histogénèse.

Et il est important de pouvoir faire le diagnostic de ces tumeurs, qui sont essentiellement bénignes et qu'on risque de confondre avec les sarcomes fusocellulaires, d'un pronostic tout différent.

Après avoir indiqué en quelques lignes les communications les plus récentes faites à propos de tumeurs

analogues, nous consacrerons notre premier chapitre à la relation de l'observation clinique de la tumeur qui fait l'objet de cette thèse, observation clinique que nous compléterons en décrivant l'aspect général de la pièce et en indiquant le résultat de l'examen histologique.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons quelles déductions on peut en tirer au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Nous dirons enfin, dans un troisième et dernier chapitre, quelques mots de l'histogénèse probable de ces tumeurs, en nous inspirant des travaux du Professeur Masson, et en nous bornant à quelques généralités, un travail précis et complet devant être fait à ce sujet par MM. Masson et Devuns.

Notre reconnaissance va tout particulièrement au Docteur Muller, qui nous a inspiré ce travail et nous a prodigué ses conseils.

Nous tenons à remercier le Docteur Devuns, qui nous a donné tous les renseignements utiles, et M. le Professeur Masson, dont les travaux sur cette question sont bien connus et qui a bien voulu nous permettre d'en user.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à notre ami, le Docteur Gaston Robin, qui a mis son talent à notre disposition ; nous lui devons la figure qui accompagne notre travail.

Historique

L'étude des tumeurs nerveuses du tube digestif est récente : le premier cas de tumeur gastrique, dont la nature fut vérifiée histologiquement, semble en effet dater d'octobre 1923.

Un cas antérieur a été signalé : celui de MM. A. Gosset et P. Masson, publié en 1912, dans la *Presse Médicale*, étiqueté sarcome, à cette époque ; un examen ultérieur sembla révéler un schwannome, mais, d'après le Professeur Masson, le premier diagnostic était bien le vrai.

Le premier cas remonte donc seulement à octobre 1923 ; à cette date, MM. A. Gosset, Georges Lœwy et Ivan Bertrand présentent à la Société de Chirurgie de Paris une tumeur pédiculée de l'estomac, dont ils indiquent le développement aux dépens d'éléments nerveux.

Un autre cas, le deuxième, fut présenté à la Société de Chirurgie, en juillet 1923, par MM. Gosset et Ivan Bertrand : c'était un fibrogliome de la petite courbure de l'estomac, fibrogliome développé aux dépens de la gaine de Schwann du réseau nerveux sympathique gastrique.

Le troisième cas est celui présenté en mars 1924, à la Société de Chirurgie, par MM. Gosset et Jean Berger : tumeur de la région pylorique développée aux dépens de la gaine de Shwann du sympathique gastrique.

Enfin, un dernier cas de MM. Cunéo et de Massary, datant du début de 1924 : tumeur gastrique vérifiée comme étant un shwannome.

Pour terminer, nous devons signaler l'important travail du Professeur P. Masson, intitulé « Appendicite neurogène et carcinomes », dans lequel il établit l'origine nerveuse de ces tumeurs bénignes de l'appendice.

Nous nous bornerons à cette courte étude historique, car une étude complète serait extrêmement complexe, du fait que les anatomistes ne sont pas d'accord sur la nature musculaire ou shwannienne de certaines tumeurs du tube digestif.

Nous ajouterons qu'à la suite des travaux de Gosset et d'Ivan Bertrand, l'école française tend à les considérer comme shwanniennes. Et nous pensons, avec le Professeur Masson, qu'on doit considérer les tumeurs franchement musculaires et les tumeurs franchement shwanniennes de l'intestin comme les types extrêmes d'un même groupe de tumeurs, ces deux types se trouvant réunis dans notre cas personnel.

Observation

(Service du Docteur MULLER, Hôpital de Saint-Etienne)

M... Catherine, âgée de 52 ans, ménagère. L'affection qui l'amène à l'hôpital aurait débuté, il y a onze ans, par des douleurs au creux épigastrique, survenant une à deux heures après le repas de midi et persistant jusqu'à ce que la malade ait vomi. Dès cette époque, la malade aurait eu des selles mélaniques. L'affection évolua par poussées successives, avec des rémissions plus ou moins longue et la malade dit en particulier que, pendant huit ans, elle n'aurait pas présenté de sang dans les selles.

Vers le milieu de mars 1924, les hémorragies réapparurent et les selles reprirent leur aspect caractéristique. Amaigrissement de 9 kilos, tenant pour une bonne part au régime sévère suivi par la malade, à cause de ses hémorragies.

La malade entre à l'hôpital, dans le service de M. Descos : repos au lit, régime lacté, carbonate de bismuth. L'examen objectif ne décèle rien de net ; la palpation abdominale ne fait percevoir aucune tumeur ; le foie et la rate ne sont pas perçus ; la palpation réveille seulement une certaine douleur au-dessus de l'ombilic, à droite de la ligne médiane.

Pendant les quelques jours passés dans le service de M. Descos, la malade n'a pas vomi, mais elle signale cependant avoir, avant son entrée dans le service, vomi des aliments ingérés la veille.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE. — Mobilité gastrique parfaitement conservée ; contractilité bonne. Au bout de cinq heures, évacuation de l'estomac ; pas de stase. Il persiste toutefois une tache bismuthée de la petite courbure, un peu à gauche de la colonne.

Diagnostic radiologique : ulcus probable au niveau de la petite courbure, avec niche résiduelle, sans sténose actuelle.

C'est avec ce diagnostic probable que le Docteur Descos fait passer la malade en chirurgie pour intervention.

INTERVENTION (le 23 mai 1924. Docteur Muller).— Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Examen négatif de la petite courbure et de la région pylorique. Au niveau de la première portion du duodénum, à deux travers de doigt du pylore, on trouve, faisant saillie sur la face antérieure du duodénum, une tumeur marronnée à surface lobuleuse, du volume d'une grosse noix, de consistance pas très dure, de couleur rougeâtre. Prise entre les doigts, et soulevée pour la détacher du duodénum, la tumeur se rétrécit progressivement et présente le calibre d'un doigt, à l'endroit où elle pénètre dans l'intérieur même du duodénum. En tirant toujours sur la tumeur, on rompt progressivement avec un tampon de gaze, tout autour de son pédicule de pénétration, ses attaches avec la paroi duodénale et l'on ouvre ainsi, suivant une circonférence irrégulière, la cavité du duodénum.

En continuant la traction sur la tumeur, on extériorise

sa deuxième portion, intra-duodénale, du volume d'un petit œuf, remplissant la cavité du duodénum.

Après l'ablation de la tumeur, il reste, sur la première portion du duodénum, une brèche de la largeur d'une pièce de deux francs, que l'on ferme par deux plans de suture.

Pour parer au rétrécissement possible du duodénum, on établit une gastro-entérostomie transmécologique au bouton de Jaboulay.

Avant de refermer le ventre, on vérifie la vésicule, qui est petite, cachée sous le foie à sa place normale, et à l'intérieur de laquelle on sent un calcul. Etant donné que l'intervention pratiquée a été déjà assez longue, on ne touche pas à la vésicule.

SUITES OPÉRATOIRES. — Satisfaisantes. Cicatrisation *per primam* sans incident. Mais trois semaines après, la malade n'a pas encore fait son bouton et la radiographie le montre dans l'estomac.

Vers le milieu de juin, la malade présente, pendant quelques jours, une poussée fébrile, avec douleur au niveau de la région hépato-vésiculaire, sans ictère.

Il semble qu'il s'est agi d'une poussée de cholécystite, qui a cédé spontanément aux applications de glace.

En juillet 1924, la malade quitte l'hôpital et rentre chez elle, ne souffrant plus, mangeant bien et donnant l'impression de la guérison.

Actuellement, la malade reste complètement guérie.

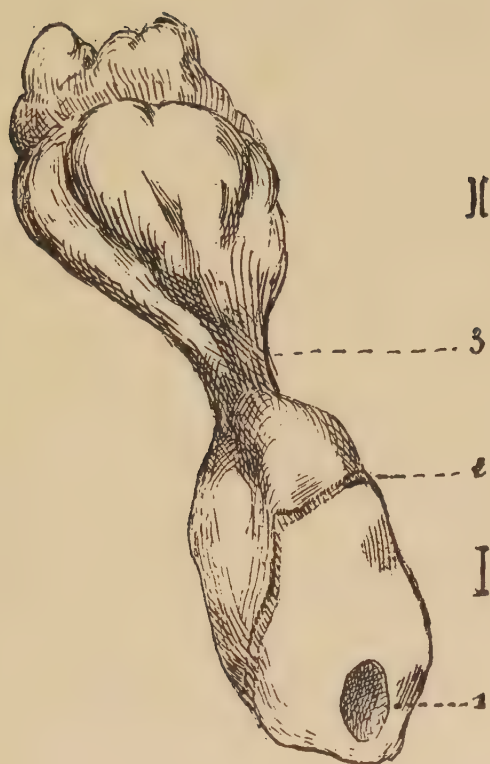
Aspect macroscopique de la pièce

La tumeur a une forme nettement bilobée, les deux lobes étant réunis par une portion étranglée correspondant à l'endroit où la tumeur traversait la paroi antérieure du duodénum.

La portion extra-duodénale, grosse comme une noix verte, a un aspect marroné, bosselé, de tumeur « sarcomateuse ». Elle est de coloration rougeâtre et est recouverte par le péritoine.

La portion intra-duodénale présente deux parties : une partie qui continue le pédicule et est dépourvue de muqueuse ; une partie engainée par la muqueuse duodénale. La jonction des deux parties est marquée par la ligne irrégulière de déchirure de la muqueuse lors de l'ablation de la tumeur. La portion recouverte de muqueuse, lisse, de couleur rouge violacé, porte à son extrémité libre une ulcération cupuliforme, de forme ovale, de 15 millimètres de longueur environ, 8 à 10 de largeur et 3 ou 4 de profondeur.

Cette portion intra-duodénale rappelle assez bien comme forme, dimensions et apparence, un gland, dont elle a l'aspect lisse et velouté : l'ulcération du sommet de la tumeur donne l'impression d'un large méat uréthral, dont on aurait écarté les lèvres.



Aspect macroscopique de la pièce

(Grandeur naturelle)

I Portion intra-duodénale.

II Portion extra-duodénale.

1, ulcération. 2, limite du fragment de la muqueuse duodénale. 3, pédicule.

Examen microscopique de la tumeur

(par M. le Professeur MASSON)

Tumeur assez homogène sur tous les fragments examinés, surtout dans les plus rapprochés de la muqueuse intestinale. Cette tumeur est principalement formée d'éléments fusiformes, généralement étroits, qui lui donnent l'aspect d'un sarcome fuso-cellulaire.

Mais on peut cependant distinguer quelques différences entre les zones profondes et les zones superficielles (proches de la muqueuse).

Dans la partie sous-péritonéale de la tumeur notamment, les cellules longues et minces, séparées par de fines lames collagènes, sont groupées parallèlement les unes aux autres par dix ou quinze formant des palissades elles-mêmes disposées de façon désordonnée les unes par rapport aux autres, esquissant la disposition festonnée onduluse caractéristique du nodule de Vervray : ce qui fait rattacher cet aspect au *neurinome*.

Plus près de la muqueuse duodénale, les cellules tumorales plus courtes, plus arrondies et plus acidophiles, avec leur régularité relative et l'absence de toute monstruosité cellulaire et nucléaire, ont davantage l'aspect *léiomyomateux*.

Cette tumeur est peu irriguée et elle ne présente, sauf en surface, au-dessous de l'ulcération intestinale un peu infectée, aucun point de nécrose ni d'hémorragie dans sa masse même. Dans la partie saillant à l'extérieur de l'intestin, la tumeur envahit et dissocie les deux tuniques musculaires et se répand dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; sous le duodénum et sous la muqueuse ulcérée, elle ne dépasse pas la tunique musculaire interne.

La région de l'isthme qui unit les deux lobes tumoraux est de structure identique, avec des aspects nerveux et des aspects myomateux.

Le point de départ doit être cherché dans les éléments neuro-musculaires de la musculaire muqueuse, et on peut dénommer cette tumeur *leio-shwannome*.

Au point de vue malignité, cette tumeur est médiocrement infiltrante et ne semble devoir présenter qu'une malignité locale.

Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique de ces tumeurs nerveuses du tractus intestinal est évidemment impossible.

Quelquefois, on ne fera même pas le diagnostic de tumeur, mais celui d'ulcus du duodénum ou de l'estomac, comme c'est le cas pour l'observation que nous présentons.

Si nous examinons les observations antérieures et la nôtre, nous remarquons la longue évolution de la maladie, sans de grosses altérations de l'état général du malade: l'affection avait débuté, il y a onze ans, chez la malade de notre observation.

Un second point qui nous paraît intéressant est le fait que, dans tous les cas publiés, le nôtre compris, et sauf dans celui de M. Gosset, de juillet 1923, le symptôme initial et souvent dominant fut l'hémorragie intestinale ou gastrique, sous forme de mœléna d'abondance moyenne, se répétant plus ou moins fréquemment et faisant intervenir le chirurgien.

Mais, en somme, de ces deux caractères, on ne peut rien conclure, et seul, quelquefois, le diagnostic clinique de tumeur bénigne pourra être porté, à cause de la longueur de l'évolution et de la persistance d'un bon état général.

Diagnostic par l'examen macroscopique de la tumeur

On pourra faire le diagnostic de bénignité probable, dès qu'on verra la tumeur ; c'est, en effet, une néo-formation bien localis e et n'infiltrant pas les plans voisins.

Lorsqu'on aura la pièce en mains, on pourra, et seulement à ce moment-là, penser à la nature nerveuse de la tumeur.

En effet, si on examine la description des tumeurs  tudi es dans les observations antérieures à la nôtre, on est frappé par certaines similitudes. Il s'agit de tumeurs, bien limit es bilob es, présentant un ou plusieurs orifices au niveau de la surface d'implantation de la tumeur sur le tube digestif : ce dernier fait expliquant la fréquence des hémorragies intestinales dans ces cas.

C'est la présence d'une ulcération cupuliforme semblable qui, dans le cas de notre observation, donne à la portion intraduodénale recouverte de muqueuse de la tumeur l'aspect d'un gland et de son m at.

Cette comparaison se rapproche de celle de M. Robert, qui, dans un cas présenté à la Société de Chirurgie, en 1898, comparait l'aspect de l'ulcération d'un myome intestinal à un col utérin.

Bien que nous ne voulions pas affirmer que ces ulcérations par usure, par distension, sans infiltration directe de la muqueuse, soient spéciales aux tumeurs d'origine nerveuse du tube digestif, nous pensons que lorsqu'on trouve associés sur une tumeur intestinale ou gastrique les deux caractères décrits ci-dessus : la bilobulation et la présence d'un ou plusieurs orifices, on doit immédiatement penser à un shwannome et orienter l'examen histologique dans ce sens.

C'est d'ailleurs ainsi que le diagnostic du cas qui fait le sujet de notre thèse a été fait par le Docteur Muller, avant de connaître le résultat de l'examen histologique, en se basant sur l'analogie que présentait cette tumeur au point de vue aspect extérieur, avec celles décrites auparavant.

Et il est important de faire le diagnostic au moment de l'intervention, puisque ces tumeurs étant bénignes, on ne fera pas, même si la tumeur est volumineuse, une intervention mutilante : il suffira d'enlever la totalité de la tumeur, pour que l'indication opératoire soit remplie.

Diagnostic histologique

Nous n'avons pas l'intention de décrire d'une façon détaillée l'aspect histologique de ces tumeurs : nous nous bornerons à indiquer les caractères principaux qui prouvent la nature nerveuse de ces néo-formations.

Le diagnostic ne sera d'ailleurs fait qu'à la suite d'un examen très minutieux et très complet.

Les cellules longues et minces qui forment ces tumeurs sont groupées parallèlement les unes aux autres, de façon à donner un aspect en palissade ; et ces palissades entrelacées se groupent plus ou moins en nodules. Tel est l'aspect général d'une coupe de shwannome pur.

Lorsqu'on aura affaire à un myo-shwannome — et il en est ainsi pour le cas de notre observation — on aura en plus une zone d'aspect différent, avec des cellules plus courtes, plus arrondies, plus acidophiles, sans monstruosité cellulaire ou nucléaire, en somme une zone d'aspect léiomyomateux.

Pronostic et traitement

Ainsi que nous l'avons déjà dit, ces tumeurs sont essentiellement bénignes et leur ablation guérit définitivement le malade.

Leur traitement est l'intervention chirurgicale ; on ne pratiquera pas d'ablation mutilante : l'ablation pure et simple de la tumeur sera suffisante.

Dans le cas que nous présentons, une gastro-entérostomie fut pratiquée, pour parer au rétrécissement possible du duodénum au niveau de la brèche fermée par deux plans de suture, mais seule une indication mécanique obligera à une intervention autre que l'ablation pure et simple de la tumeur.

Quelques considérations sur l'histogénèse des tumeurs nerveuses du tractus intestinal

Le fait de cette tumeur qui présente un aspect à la fois de léiomyome et de shwannome peut paraître étrange. Mais ce paradoxe est plus apparent que réel.

Il existe en effet, au niveau de la muqueuse de tout le tube digestif et de la sous-muqueuse de l'appendice, un système spécial, formé d'éléments nerveux amyéliniques musculaires et neuro-musculaires, disposés en réseau dans la sous-muqueuse et anastomosés avec la musculaire muqueuse et la musculaire circulaire.

Au niveau du duodénum, ce système est remplacé par la *muscularis mucosæ* qui, avec sa richesse en nerfs et sa pauvreté en myofibrilles, le nombre de ses cellules, paraît avoir des attributs analogues et qui peut être considérée comme partiellement formée d'éléments musculaires.

Ce système spécial a été constaté directement au niveau de l'appendice, par M. le Professeur Masson,

et c'est dans une de ses publications que nous prenons les principaux de ces renseignements (appendicite neurogène et carcinomes, in *Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*).

Lorsqu'on étudie le plexus nerveux de la muqueuse appendiculaire, on voit que les nerfs de l'appendice sont inclus, comme les glandes, dans le réticulum qui les entoure individuellement d'une résille délicate et les engaine. Ce sont des nerfs amyéliniques composés, dont le syncytium névroglie, semé de noyaux de Remak, se dispose en nombreuses gaines tubulaires longitudinales intercommunicantes, chaque gaine contenant un ou plusieurs neurites très ténus.

Ce réseau est en continuité extérieurement avec les nerfs du plexus de Meissner, ceux des vaisseaux nourriciers et de la *muscularis mucosæ* ; en dedans, il se continue avec le réseau périglandulaire, puis s'éparpille dans la trame de la portion superficielle de la muqueuse.

Il y a contiguïté, contact intime, entre les cellules épithéliales et les fibres nerveuses : le plexus muqueux n'existe avec cette richesse que là où il y a des glandes de Lieberkühn, lesquelles ne sont pas bordées par une membrane, mais par une résille.

Au-dessous du plexus, se trouve la *muscularis mucosæ*, très riche en nerfs, et cette musculaire est en connexion avec des faisceaux de fibres lisses, qui vont se raccorder avec les faisceaux internes de la musculature circulaire.

Quelle est l'origine de ce tissu nerveux ? Il paraît logique de penser, avec le Professeur Masson, que, chez l'homme, le système nerveux n'a pas une origine unique, et qu'en particulier le plexus de la muqueuse intestinale a une origine partiellement endodermique.

Ces cellules neuro-musculaires sont donc formées sur place, aux dépens d'éléments mésoblastiques locaux ; tout au moins telle est l'hypothèse du Professeur Masson, mais ces éléments restent à découvrir.

Ces cellules musculaires peu fibrillaires, à cytoplasme pâle, à caractères ambigus voisins de ceux des cellules de Schwann et de ceux des cellules musculaires, semblent bien être le point de départ des tumeurs que nous étudions.

En effet, si ces éléments musculaires modifiés dans le sens neuroïde donnent des tumeurs, il y a des chances pour que celles-ci évoluent sous une forme intermédiaire entre le myome et le schwannome : la tumeur de notre observation réalise précisément ce type ambigu.

Et cette théorie semble confirmée par le fait que toutes les tumeurs, léiomyomes ou schwannomes du tractus digestif, ne sont jamais d'un type absolument franc : celles qui sont très musculaires ne sont pas identiques aux léiomyomes de l'utérus ou de la peau ; celles qui sont le plus schwanniennes ne le sont jamais aussi schématiquement que les neurinomes des nerfs cérébro-spinaux ou des autres territoires du sympathique.

En résumé, nous dirons que les tumeurs franchement musculaires et les tumeurs franchement shwanniennes du tube digestif sont les types extrêmes d'un même groupe de tumeurs, ces deux types se trouvant réunis dans notre cas personnel. La cellule mère de ces tumeurs est la cellule musculaire peu fibrillaire, à cytoplasme pâle, à caractères ambigus, que l'on observe dans la *muscularis mucosæ* du tractus digestif et dans la sous-muqueuse appendiculaire, cellule formée sur place, aux dépens d'éléments locaux.

(L'hypothèse au sujet de la formation de ces tumeurs que nous venons d'exposer très sommairement, a été formulée par le Professeur Masson, à la suite de l'examen histologique qu'il fit de ce cas de léio-shwannome.)

Conclusions

I. — Le cas de tumeur neuro-musculaire (léio-shwannome) du duodénum, qui fait l'objet de cette thèse, est le premier présenté, tant au point de vue de la nature mixte de la tumeur, qu'au point de vue de sa localisation.

II. — Le diagnostic clinique de tumeur nerveuse du tube digestif est impossible ; deux symptômes cependant paraissent dominants, sans être caractéristiques : la longueur de l'évolution, avec bon état général du malade et la constance d'hémorragies gastriques ou intestinales importantes.

III. — On pensera au diagnostic à l'examen macroscopique de la pièce ; en effet, toutes ces tumeurs sont bien limitées, bilobées et présentent un ou plusieurs orifices au niveau de leur insertion sur le tube digestif.

IV. — Mais le diagnostic certain ne sera fait que par l'examen histologique : la présence de la disposition palissadique de cellules allongées et fusiformes

avec nodule plus ou moins caractéristique indiquera un shwannome. L'association d'une zone de cellules plus courtes et plus arrondies fera porter le diagnostic de myo-shwannome.

V. — Le traitement de ces néo-formations sera un traitement chirurgical purement local : lorsqu'on aura fait une ablation complète de la tumeur, l'indication opératoire sera remplie.

Le pronostic est favorable, en ce qui concerne la nature de la tumeur ; la guérison est obtenue par l'exérèse pure et simple ; seule une récurrence locale est possible ; on ne connaît pas de cas de généralisation.

VI. — D'après le Professeur Masson, il semble que l'origine de ces tumeurs soit la cellule neuro-musculaire que l'on trouve dans la musculaire muqueuse appendiculaire. Ces éléments neuro-musculaires seraient formés sur place aux dépens d'éléments mésoblastiques locaux.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VILLARD

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 Mars 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND

Bibliographie

MASSON (P.). — Appendicite neurogène et carcinoïdes. (*Annales d'anatomie pathologique*, tome I, N° 1, janvier 1924.)

GOSSET (A.), LÆWY (Georges) et BERTRAND (Ivan). — Communication. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, N° 27, p. 1182, octobre 1923.)

GOSSET (A.) et BERTRAND (Ivan). — Communication. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, N° 24, p. 1058, 4 juillet 1923.)

GOSSET (A.). — Rapport. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, N° 7, p. 258, 1^{er} mars 1924.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Observation	13
Aspect macroscopique de la pièce	17
Examen microscopique de la tumeur	21
Diagnostic clinique	23
Diagnostic par l'examen macroscopique de la tumeur	25
Diagnostic histologique	27
Pronostic et traitement	29
Quelques considérations sur l'histogénèse des tumeurs nerveuses du tractus intestinal	31
Conclusions	35
Bibliographie	37
